

bolet'n sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

www.sefac.org

contenidos

Carta del Director

¿Farmacia, mundo y ciencia?

Límites de tolerancia en el almacenamiento
de especialidades de conservación en frigorífico

Diseminación como elemento importante en la
implantación de servicios profesionales de la farmacia (I)

Verano de virus... ¡informáticos!

n.4

octubre
2003

sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

junta directiva

Presidente

Miguel Angel Gastelurrutia Garralda

Vicepresidente 1º

Elena Dualde Viñeta

Vicepresidente 2º

Guillermo Navarro Ojel-Jaramillo

Secretario

Alejandro Eguilleor Villena

Tesorero

Neus Caelles Franch

Contador

José Ibáñez Fernández

Vocal 1º, de relaciones externas

Manuel Machuca González

Vocal 2º, de formación y acreditación

Fernando Fernández-Llimós

Vocal 3º, de informática

José Ramón García Soláns

Vocal 4º, de relaciones con otras asociaciones

Antonio Barbero González

Vocal 5º

Laura Tuneu Valls

carta del director

miguel ángel gastelurrutia garralda

presidente de la sociedad española de farmacia comunitaria

Querido amigo,

Acabo de volver del Congreso de la FIP. Acabo de volver de un país magnífico, Australia, con un modelo de farmacia del que podemos aprender muchas cosas.

La farmacia comunitaria australiana es muy similar a la nuestra; el propietario sólo puede ser un farmacéutico que a su vez puede ser propietario de cuatro oficinas de farmacia, con una media de aproximadamente dos por farmacéutico propietario; tanto el tamaño, como su aspecto exterior es bastante parecido al nuestro; la remuneración del farmacéutico se basa en un fijo por receta y un porcentaje sobre el precio del medicamento.

Pero se trata de una farmacia que está en proceso de cambio. Está adaptándose al futuro mediante la progresiva implantación de nuevos servicios profesionales, algunos de ellos remunerados, que poco a poco van modificando la percepción de la población, y sobre todo de la administración, sobre el valor que el farmacéutico puede aportar al sistema sanitario y sobre su integración, cada vez más real, en los equipos asistenciales. Como ejemplo sirva que el sistema que han organizado de revisión domiciliaria de la medi-

cación que realizan los farmacéuticos comunitarios, lo hacen tras la "petición" de un médico, y por tanto, colaborando con él, dándose además el hecho de que ambos, médicos y farmacéuticos, cobran por este servicio.

En este número encontrarás un artículo del profesor Charlie Benrimoj, decano de la facultad de farmacia de Sydney, resumen de la conferencia que pronunció en la clausura de las reuniones de la comisión de farmacia comunitaria en el congreso de la FIP, en la que hace referencia a aspectos relacionados con el cambio de la práctica farmacéutica: la implantación y diseminación de nuevos servicios profesionales.

En el citado congreso, una vez más, los farmacéuticos españoles brillaban por su ausencia. Son pocos los farmacéuticos que se acercan al congreso de la FIP. Se puede argumentar que este año tenía lugar en un país muy lejano; es cierto. Pero también lo es que el año pasado tuvo lugar en Niza, muy cerquita de casa, y el número de asistentes españoles fue similar al de este año, menos de la decena. ¿Por qué nosotros no pasamos de ese número mágico de 10, mientras que países como Portugal y Dinamarca se acercan siempre a la centena?

Entiendo que el idioma es una barrera; sé que el congreso es caro; sé que no se "aprenden" grandes cosas en el mismo. Pero también sé que si queremos que se conozca lo que hacemos además de saber qué hacen y hacia donde van otros países, y por tanto, "estar en el mundo profesional", es importante acudir a ese foro. Algo que he aprendido en el mismo es que existiendo muy diferentes modelos de farmacia, y países con muy diferentes situaciones socio económico-culturales, los problemas a los que se enfrentan los farmacéuticos comunitarios en todo el mundo, y los objetivos hacia los que se dirige la profesión, son muy parecidos. De ahí la importancia de mostrar lo que hacemos en nuestro país.

Sé que la organización de la FIP no es lo representativa que a todos nos gustaría, pero también sé que es necesario que esté ahí, defendiendo la farmacia en los niveles supranacionales en los que se mueve.

Por tanto no me resta más que animaros a que el próximo año, acudáis a Nueva Orleans, donde se celebrará el próximo Congreso de la FIP.

Un saludo.

¿Farmacia mundo y ciencia?



Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

En el último número de la revista *Pharmacy World and Science (Pharm World Sci)*, su director, Foppe van Mil, ha escrito un editorial que con su autorización hemos traducido para el Boletín de SEFaC. Aunque no todo lo que dice es aplicable a nuestro entorno, creo que su mensaje fundamental, la necesidad de investigación y análisis de la práctica cotidiana del farmacéutico comunitario, es muy oportuno y necesario para plantearnos el futuro de nuestra profesión; debemos analizar bien el momento actual, el punto de partida, para después poder plantearnos hacia donde vamos y analizar el camino recorrido.

Un aspecto importante, que no puedo dejar de resaltar, es la ausencia en nuestro país, de departamentos universitarios de Farmacia Práctica. Es urgente que los farmacéuticos nos movilizemos y “exijamos” a quien corresponda que en nuestras universidades se creen estas unidades de docencia e investigación de la práctica de la farmacia asistencial. En alguna otra ocasión ya he dicho, y no sé si se ha entendido bien, que la universidad debe ser quien lidere la investigación asistencial. Es lógico. La universidad es quien debería tener y conocer las herramientas, los instrumentos, la metodología, para diseñar trabajos de investigación útiles. Por supuesto, los farmacéuticos comunitarios participantes debemos colaborar en estos estudios, ya que somos la parte fundamental en su realización, porque sin nuestra ayuda no pueden ejecutarse. Pero como dice van Mil, “los departamentos universitarios de Farmacia Práctica deberían implicarse en estos análisis para garantizar la independencia de los estudios y crear instrumentos válidos”.

Un ejemplo de investigación en aspectos de la práctica actual es el que ha realizado el Centro de Investigaciones y Publicaciones (CIPF) por encargo de la SEFaC sobre límites de tolerancia en el almacenamiento de especialidades de conservación en frigorífico. Tras el editorial de Foppe van Mil, se muestra el póster que se presentó en el III Congreso de Atención Farmacéutica de Granada.

Miguel Angel Gastelurrutia
Presidente de la SEFaC

Pharmacy, World and Science? (¿Farmacia, mundo y ciencia?)

(Editorial de *Pharm World Sci* 2003; 25(4): 127. Foppe van Mil. Editor)

Cada vez más, en muchas revistas científicas, podemos encontrar estudios sobre lo que se ha venido en denominar “investigación en Farmacia Práctica”. La mayoría de estas publicaciones se refieren a estudios sobre nuevos conceptos de la práctica, fundamentalmente relacionados con la Atención farmacéutica, también denominados “nuevos servicios”. Se trata de estudios de gran importancia, siendo fundamental que estos se lleven a cabo. Tratan de describir un posible mundo futuro.

Sin embargo, parece que no es tan interesante estudiar la práctica que actualmente realizamos, nuestro ejercicio profesional cotidiano, en el mundo real en el que nos movemos. Son pocas las publicaciones que tratan con lo que de hecho hacemos en nuestras farmacias. No existe una buena perspectiva general de los diferentes modelos de práctica en diferentes países. Y cuando uno quiere enterarse de lo que los farmacéuticos están haciendo, sólo es posible acercarse a esta realidad a base de escuchar rumores.

¿Por qué es importante tener una mejor visión de la práctica actual?. En la mayoría de los estudios sobre el posible cambio en la práctica de la farmacia, se han descrito varias barreras. No sólo la económica (falta de remuneración de los servicios) sino también barreras relacionadas con el tiempo y el personal. Si queremos que la farmacia, y los farmacéuticos, cambien de un modelo basado en la distribución de productos a un modelo orientado al paciente, es importante saber de donde venimos, sobre todo si queremos dirigir este cambio y ayudar a los farmacéuticos a asumir sus nuevos roles.

Es obvio que estudiar la situación actual no es muy “académico”. Parece mucho más interesante analizar los resultados clínicos, económicos y humanísticos derivados de modelos de práctica más avanzados que evaluar lo que actualmente hacen los farmacéuticos y su personal. Esto

último no nos permitiría hacer un bonito estudio de intervención, ni podría realizarse en un ambiente de ensayo clínico doble ciego, ni los resultados estadísticos serían muy apasionantes. En el mundo académico, sólo se utiliza un número limitado de aspectos de la práctica actual como referencia, formando parte de estudios que acen- túan las posibles ventajas de un nuevo modelo de práctica.

También sería difícil encontrar financiadores para realizar estudios básicos. Además, a las organizaciones profesio- nales no les gusta que se haga públicas ciertas prácticas de sus miembros, en ocasiones no demasiado correctas; la industria farmacéutica no está interesada en estudios en los que sus productos no son utilizados y los almace- nes de distribución están concentrados en la logística.

Actualmente uno de los problemas sanitarios fundamen- tales en muchos países es la financiación de los medica- mentos. Con demasiada frecuencia se ve a los farmacéu- ticos como personas que ganan mucho dinero con su ven- ta, cuando en realidad el verdadero obstáculo para mejo- rar los beneficios es el alto precio de los medicamentos. El público no ve al farmacéutico como un “profesional”,

sino como un “tendero” con título universitario. Nadie ex- plica claramente lo que hacemos. No parece que esto ata- ña a las universidades; ellos aportan “académicos” a la sociedad entendiendo que su responsabilidad finaliza ahí. Su relación con la práctica normal es muy limitada. Pero esto, está claro que debería cambiar.

Es preciso evaluar las actividades que actualmente reali- zamos para dibujar el cuadro de la farmacia moderna tan- to comunitaria como hospitalaria, para así crear el pun- to de partida para un posible cambio, además de para que los farmacéuticos sean conscientes de la situación en la que nos encontramos. De una manera especial, los de- partamentos universitarios de Farmacia Práctica deberían implicarse en estos análisis para garantizar la indepen- dencia de los estudios y crear instrumentos válidos. Las organizaciones profesionales deberían financiar dicha in- vestigación porque, al final, va a ser útil para ellos, al es- timular la implantación de modelos de práctica más mo- dernos (ej. Atención farmacéutica).

La Farmacia, el Mundo real y la Ciencia, podrían volverse amigos íntimos.

I. Vázquez Gómez, F. Fernández-Llimos, M.A. Gastellurrutia

Centro de Investigaciones y publicaciones Farmacéuticas. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

Introducción

Los medidores continuos de temperatura, permiten un control preciso de las condiciones de conservación de las especialidades farmacéuticas. Existen procedimientos normalizados de trabajo (PNT) para control de temperaturas, pero no existen PNT para actuación ante rotura de la cadena de frío. No tienen sentido los primeros sin los segundos. Por un lado implicaría una falta de eficiencia el despreciar especialidades que podrían estar en perfectas condiciones de uso; y por el otro implicaría una falta de seguridad el conservarlas.

Objetivo

Objetivo: Recabar la información sobre límites de tolerancia de almacenamiento de especialidades farmacéuticas, necesaria para la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) de actuación ante rotura de cadena de frío.

Métodos

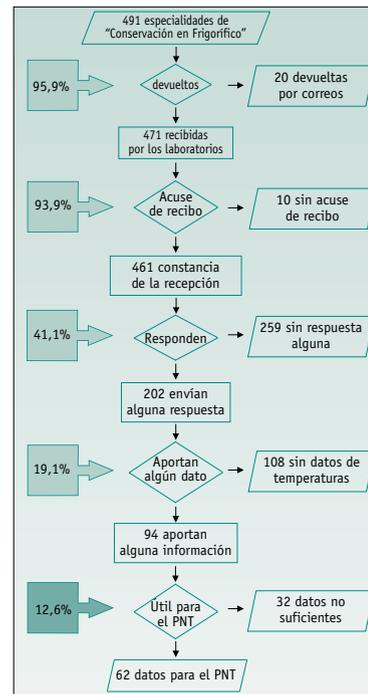
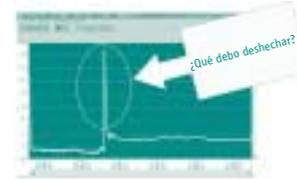
Se escribió, por correo con acuse de recibo, a los Directores Técnicos de los laboratorios que contenían alguna especialidad farmacéutica de alta en el BOT de noviembre de 2002 con el requisito de conservación en frigorífico. Se solicitó que indicasen el límite de conservación de cada especialidad a 6 temperaturas diferentes: 10, 15, 20, 25, 30 y 35°C.

Resultados

En el BOT, aparecen identificadas como conservación en frigorífico, 491 especialidades sin fecha de baja a noviembre de 2002, pertenecientes a 72 laboratorios farmacéuticos diferentes, a los que se remitió la solicitud de información. 5 solicitudes (20 especialidades) fueron devueltas al remitente por Correos. De otros 2 laboratorios (10 especialidades), no se recibió el acuse de recibo. Por tanto, hay constancia de la recepción de la solicitud en 65 laboratorios, que se corresponden con 461 especialidades de conservación en frigorífico. Se obtuvo algún tipo de respuesta de 28 laboratorios (38,9%), con un total de 202 especialidades (41,1%). Esa respuesta incluye alguna información sobre temperaturas fuera del rango habitual de frigorífico en 18 laboratorios, en 94 especialidades (19,1%). La respuesta es suficiente para la realización del PNT de actuación en rotura de cadena de frío, en 7 laboratorios, y para 62 especialidades (12,6%). (Nota: todos los porcentajes se expresan al total de la población solicitada).

Conclusiones

- El correo es un medio altamente fiable para solicitud de información a la industria farmacéutica.
- La respuesta de la industria farmacéutica ante una solicitud técnica de información no fue muy alta, y la calidad de esta respuesta fue muy pobre.
- No ha sido posible elaborar un PNT de actuación ante rotura de cadena de frío, debido a la muy baja cantidad (12,6%) y baja calidad de la respuesta recibida de los fabricantes.
- Los datos obtenidos recomiendan realizar este PNT para evitar despilfarros ante pequeñas roturas de cadena de frío.



	10°C	15°C	20°C	25°C	30°C	35°C
ANATOXAL TE BERNA 40 UI 1 AMP 0.5 mL	-	-	-	5 días	1 día	1 día
ANATOXAL TEDI BERNA 40/4 UI 1 jer prec 0.5 mL	-	-	-	5 días	1 día	1 día
CEFONICIDA BAYVIT 1g IM 1 vial 2.5 mL	18 meses	18 meses	18 meses	18 meses	-	-
CEFONICIDA BAYVIT 1g IV 1 vial 2.5 mL	18 meses	18 meses	18 meses	18 meses	-	-
CHIROFLU 1 jeringa 0.5 mL C/aguja	14 días	14 días	14 días	-	-	-
CHIROFLU 1 jeringa 0.5 mL S/aguja	14 días	14 días	14 días	-	-	-
CHIROFLU 10 jeringa 0.5 mL C/aguja	14 días	14 días	14 días	-	-	-
CHIROFLU 10 jeringa 0.5 mL S/aguja	14 días	14 días	14 días	-	-	-
CHIROFLU 50 jeringa 0.5 mL C/aguja	14 días	14 días	14 días	-	-	-
CHIROFLU 50 jeringa 0.5 mL S/aguja	14 días	14 días	14 días	-	-	-
CHIROMAS 1 dosis 0.5 mL	14 días	14 días	14 días	-	-	-
DESMOPRESSINA MEDE 0.1 mg/mL aerosol 5 mL	6 meses	6 meses	6 meses	1 mes	1 mes	1 mes
EPAXAL BERNA 1 jeringa prec 0.5 mL	-	-	-	5 días	1 día	1 día
ETALPHIA 2 mcg/mL gotas 10 mL	36 meses	36 meses	24 meses	24 meses	12 meses	-
GLOBUMAN BERNA P 320 mg 1 vial 2 mL	-	-	-	7 días	7 días	7 días
GLOBUMAN BERNA P 800 mg 1 vial 5 mL	-	-	-	7 días	7 días	7 días
GLOBUMAN BERNA P 800 mg 2 viales 5 mL	-	-	-	7 días	7 días	7 días
HEPUMAN P BERNA 1000 UI 1 ampolla 5 mL	-	-	-	7 días	7 días	7 días
HEPUMAN P BERNA 600 UI 1 ampolla 3 mL	-	-	-	7 días	7 días	7 días
HUMALOG 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMALOG 100 UI/mL 5 cart 1.5 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMALOG 100 UI/mL 5 cart 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMALOG HUMAJECT 100 UI/mL 5 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMALOG MIX 25 PEN 100 UI/mL 5 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMALOG MIX 50 PEN 100 UI/mL 5 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMALOG NPL PEN 100 UI/mL 5 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMALOG PEN 100 UI/mL 5 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMAPLUS 20:80 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMAPLUS 30:70 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMAPLUS 50:50 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMAPLUS NPH 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas

	10°C	15°C	20°C	25°C	30°C	35°C
HUMAPLUS REGULAR 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 10:90 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 10:90 100 UI/mL 6 cart 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 20:80 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 20:80 100 UI/mL 6 cart 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 20:80 PEN 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 30:70 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 30:70 100 UI/mL 6 cart 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 30:70 PEN 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 40:60 100 UI/mL 6 cart 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 50:50 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA 50:50 100 UI/mL 6 cart 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA LENTA 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA NPH 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA NPH 100 UI/mL 6 cart 1.5 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA NPH 100 UI/mL 6 plumas 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA NPH PEN 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA REGULAR 100 UI/mL 6 cart 1.5 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA REGULAR 100 UI/mL 6 cart 3 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA REGULAR PEN 100UI/mL 6 plumas car 3mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
HUMULINA ULTRALENTA 100 UI/mL 1 vial 10 mL	14 días	7 días	4 días	2 días	1 día	12 horas
INFLEXAL BERNA V 1 jeringa prec 0.5 ml	-	-	-	5 días	-	-
MENJUGATE 1 vial 0.5 mL	7 días	7 días	7 días	7 días	7 días	7 días
OSPOR NASAL 200 UI/ nebu 14 dosis	28 días	28 días	28 días	28 días	-	-
OSPOR NASAL 200 UI/ nebu 28 dosis	28 días	28 días	28 días	28 días	-	-
RHESUMAN BERNA 200 mcg 1 vial 2 mL	-	-	-	7 días	7 días	7 días
TETURIMAN BERNA P 500 UI 1 jer prec 2 mL	-	-	-	7 días	7 días	7 días
TRIVIRATEN 1 vial 1 dosis	-	-	-	3 días	-	-
VAC POLIOMIELITICA BERNA 1 ampolla 1 mL	-	-	-	5 días	-	-
VITAGRIPE 1 jeringa prec 0.5 mL	-	-	-	5 días	-	-
VIVOTIF 3 cápsulas recub	-	-	-	3 días	-	-

El concepto de DISEMINACIÓN

como elemento importante en la implantación de servicios profesionales de la Farmacia (I)

Prof S.I. (Charlie) Benrimoj, A. Roberts. L. Emerson
University of Sydney, Faculty of Pharmacy. Sydney (Australia)
FIP - CPD Program Sydney 2003

La mayoría de las organizaciones farmacéuticas creen que el futuro económico y profesional de la oficina de farmacia se fundamenta en la provisión de servicios profesionales, asociados a la distribución de los medicamentos. En este momento, hay muchos países en proceso de intentar conseguir que este tipo de servicios sean remunerados. Hay países en los que el pago por ciertos servicios es ya una realidad, aunque los servicios pagados pueden ser muy diferentes de los que habitualmente se ofrecen en las farmacias españolas. En la Tabla I se muestran algunos ejemplos de nuevos servicios profesionales:

Tabla I. Servicios profesionales en la Farmacia Comunitaria

- Consumer Medicine Information (Información sobre los medicamentos)
- Mediation management Services (Servicios de manejo de los medicamentos)
- Drug Related Problems (PRM)
- Pharmaceutical Care (Atención Farmacéutica)
- Disease State Management (Manejo de Patologías)
- Health Promotion (Promoción de la salud)

La transición a nivel tanto económico como profesional ya sea para los titulares, como para el resto de personas que trabajan en las farmacias, y lo que es muy importan-

te, para el beneficio económico de la farmacia, no tiene por qué ser fácil. Lo mismo sucede si nos fijamos en lo que supone esa transición para los líderes profesionales, y muy concretamente para las asociaciones de propietarios de las farmacias (empresariales), acostumbrados a negociar aspectos relacionados con el suministro de productos, concentrándose fundamentalmente en el volumen de negocio y los márgenes comerciales. Todos estos agentes necesitan sufrir un cambio trascendental en su manera de pensar para poder negociar, en el futuro, basándose en parámetros de calidad y servicios. También los políticos se encuentran con la dificultad de desarrollar políticas amplias que den cabida a estos nuevos servicios. Hasta el momento sólo se ha entendido la farmacia como un suministrador muy eficiente de productos (medicamentos).

Aunque la remuneración de los servicios es obviamente un hecho de gran importancia, debe entenderse sólo como el primer estadio en el complejo proceso de implantación de servicios. Lo verdaderamente importante es que exista un proceso que una la remuneración con la implantación. Hemos denominado a ese proceso como "Diseminación". La podemos definir como el "proceso de garantizar que los conceptos subyacentes a los nuevos servicios profesionales farmacéuticos se difundan, extiendan y sean aceptados en todos los servicios farmacéuticos, consiguiéndose así, una implantación óptima de los mismos". Es decir, la diseminación supone conseguir que todos los farmacéuticos conozcan y asuman la importancia de los nuevos servicios profesionales para así posteriormente pasar a implantarlos en su práctica diaria.

Este proceso debería estar dirigido por diferentes actores que incluyen algunos de carácter interno: farmacéuticos comunitarios (titulares y adjuntos), técnicos, organizaciones profesionales, educadores, líderes profesiona-

Tabla II. Aspectos relacionados con la Implantación

Experto	Problema percibido	Solución propuesta
Propietario	Falta de beneficio	Incentivos financieros y remuneración
Formador	Falta de formación	Cursos de entrenamiento
Marketing	Falta de planes de negocio/ marketing	Posicionamiento del negocio
Clínico	Falta de conocimiento y	Programas orientados a los pacientes
Organizadores Profesionales	Falta de habilidad del farmacéutico y su personal	Entrenamiento
Gestión del cambio	Conservadora	????

les, como otros de carácter externo: otros profesionales sanitarios, políticos y consumidores. Actualmente no existe ningún cuerpo de doctrina que considere a todos estos actores en el proceso de implantación de servicios profesionales. Lo que habitualmente ocurre es que, cuando se fracasa en la implantación de nuevos servicios, se culpa a muchos y diferentes aspectos y barreras (Tabla II).

Por ejemplo, si al farmacéutico propietario de una farmacia se le pregunta el por qué de la poca implantación de servicios profesionales, es frecuente que argumente que para ello es necesario que estos servicios sean remunerados. Se trata de una respuesta lógica, ya que la oficina de farmacia es fundamentalmente un negocio que necesita producir beneficios para mantener su viabilidad y existencia. Sin beneficio, las farmacias cerrarían. Sin embargo, nuestra experiencia reciente en países que han conseguido la remuneración de ciertos servicios, sugiere que incluso cuando esto se consigue, la implantación de los servicios profesionales se enfrenta a un amplio abanico de otras barreras, que hace que ese proceso se entelezque mucho más de lo que podría esperarse de las opiniones de los propietarios (que no lo olvidemos insisten en que el mayor problema es la falta de remuneración).

Lo mismo ocurre cuando se discute este concepto de implantación de servicios profesionales con docentes; estos tienen tendencia a sugerir que con programas formativos adecuados, se pueden superar las barreras que se presenten. Sin embargo, el resultado de muchos programas formativos ha sido la nula o escasa implantación de servicios y los que han conseguido implantarse lo han logrado tan sólo durante un periodo de tiempo muy breve. Mu-

chas organizaciones farmacéuticas han invertido grandes cantidades de dinero en programas formativos a nivel nacional con la inocente idea de que el entrenamiento y la formación lleva a la implantación generalizada de estos servicios profesionales.

Los profesionales, a menudo afirman que una barrera importante para la provisión de servicios cognitivos es la falta de conocimientos clínicos, lo que puede ser cierto, aunque cuando se han organizado programas orientados al paciente con un alto contenido en aspectos clínicos, la implantación tampoco ha sido una realidad. La mejora en las habilidades y un mayor conocimiento no parece que, per se, sean capaces de originar el cambio requerido.

Probablemente, la falta de implantación de servicios profesionales o cognitivos no se deba a ninguno de estos aspectos específicos en concreto. La solución más probable quizás sea el acometer la implantación como un sistema complejo que requiere la consideración de un amplio abanico de aspectos de manera holística. Es por tanto importante que cada una de estas opiniones de expertos sea considerada en el conjunto de una solución mas amplia e incorporada en un programa que incluya el concepto previo de diseminación.

Es fundamental volver a insistir en que debe cuestionarse la idea de que una vez que se consiga la remuneración de los servicios, su implantación seguirá de manera natural. Sin embargo, no debemos infravalorar la importancia que el aseguramiento del cobro tiene en este proceso, especialmente porque, sin el pago de los servicios, la implantación de los mismos ni se mantendrá en el tiempo ni será adoptada universalmente.

En nuestra opinión, el conseguir la remuneración de los servicios es como abrir la puerta de entrada que nos permitirá, después, entrar en un entorno modificable sobre el que se pueda trabajar, para tratar de conseguir cambios en nuestra práctica cotidiana, tanto económicos como profesionales, y mantenidos en el tiempo.

No pretendemos convencer a nadie de que la remuneración no es esencial para la farmacia comunitaria. Lo es, ya que nos movemos en un entorno comercial y de competencia. Lo que deseamos es tratar de explorar otros factores que cada día se presentan como más obvios y que es preciso ponerlos en su lugar al comienzo de cualquier proceso que trate de acelerar y cambiar el ejercicio profesional de la farmacia. Cambio en el sentido de ofrecer y proveer nuevos servicios profesionales como una parte normal tanto de nuestra actividad profesional como económica (o de negocio).

Somos conscientes de que existe un selecto grupo de profesionales que ya está ofreciendo estos servicios, debido a sus valores y creencias. Esto es especialmente cierto en España, donde resulta sorprendente ver tanto farmacéutico trabajando en el programa Dáder, sin remuneración alguna. Podríamos debatir si estos farmacéuticos, a nivel global, están sufriendo o no desde una perspectiva financiera. Sin embargo, como se ha mencionado antes, esta cuestión se convierte en fundamental para el mantenimiento en el tiempo de la profesión en su conjunto.

Nuestras experiencias educativas nos han llevado a concluir que los programas formativos deben modificar su abordaje conceptual como parte del proceso de diseminación, para que se pueda mejorar la implantación de programas profesionales. Para tratar de tener posibilidades de que la implantación sea una realidad, el abordaje educativo debe realizarse de tal manera que sean los propios profesionales quienes enseñen a sus compañeros mediante la técnica de "apoyo a la práctica" ("practice support", "coaching" o "mentoring"). En este concepto de apoyo a la práctica se amplía el papel del educador y de la formación en sí, de modo que ésta se realiza en el propio lugar de trabajo: la farmacia, ofreciendo apoyo de manera óptima en el mismo sitio y en el mismo momento en que se están implantando los cambios de comportamiento y justo en el momento en que los profesionales están ofreciendo los nuevos servicios. Cambiar el lugar y el modo de trabajo, algo que ha ido modelándose durante años, es muy difícil de conseguir con la simple utilización de los métodos formativos habituales. Es preciso estar junto a los profesionales en el mismo momento en que más necesitan la presencia del

profesor, es decir, estar junto al profesional en el mismo momento en que se está produciendo el cambio.

Tradicionalmente, los profesores han utilizado las lecciones, conferencias, etc., para transmitir información. La consecuencia es que los profesionales están acostumbrados a mantener una actitud pasiva ante el aprendizaje. Sin embargo, cuando revisamos la gran cantidad de cursos de formación propuestos por las organizaciones profesionales en nuestro país, se puede observar que no son suficientemente didácticos. Se ha demostrado que el valor de los programas educativos que no llevan a los profesionales a un aprendizaje activo es bajo y tienen poca aplicación cuando lo que queremos es que se implanten programas en el lugar de trabajo. Existen cursos más avanzados, o programas, que tienden a incluir estudio de casos y formatos de procesos. También se incluyen en ocasiones cursos con seguimiento y auto evaluación. Sin embargo, todos ellos siempre carecen de uno de los más importantes elementos de ayuda, la asistencia del profesor en el propio lugar de trabajo, que es donde en realidad el cambio va tener lugar y donde, tanto los titulares como el resto de personal de la farmacia, se encuentran más inseguros.

El cambio de comportamiento, el elemento más difícil de conseguir, puede reforzarse mediante la utilización de pacientes ocultos, o pseudo pacientes, o mediante técnicas de entrenamiento en el propio lugar de trabajo (coaching), donde se puede conseguir una reacción inmediatamente o poco tiempo después de que el cambio de comportamiento haya comenzado a tener lugar. En ese escenario, se puede hablar personalmente con el profesional a la vez que se le entrena y ayuda con el nuevo servicio. Por ejemplo, si un farmacéutico está implantando un servicio de revisión de la medicación domiciliaria (Home Medication Review; HMR) el profesor, allí presente, puede estar sentado junto al profesional mientras éste realiza la primera entrevista al paciente.

También los pacientes ocultos pueden jugar el papel de consumidores potenciales que reciben el servicio. El farmacéutico desconoce que no se trata de un verdadero paciente. El resultado es que tanto el farmacéutico titular como el resto del equipo pueden aprender de esa interacción y sacar provecho de esa situación con un educador entrenado. Este método junto con parte de formación tradicional ha sido ya utilizado con éxito en cambiar comportamientos en la dispensación de medicamentos OTC.

(Continuará)

José Ramón García Soláns

*Farmacéutico comunitario en Zaragoza
Vocal de informática de la SEFaC*

Casi da miedo conectarse a la Red viendo lo que está corriendo dentro de ella. En este Agosto pasado se han disparado todas las alarmas hasta unos niveles nunca antes alcanzados, por la irrupción de varios virus informáticos de rapidísima propagación. Entre el "mimail", "blaster" y "sobig" han infectado cientos de miles de ordenadores, generando millones de correos basura, de modo casi simultáneo, lo cual ha contribuido a ralentizar las comunicaciones e incluso dejar sin servicio algunos de las zonas más afectadas.

Cuando uno ve infectado su ordenador, su red, por un virus, se siente impotente, pues presiente un daño desconocido. Se intenta un acordar de cuándo hizo la copia de seguridad, se busca el teléfono del servicio técnico, se recurre a ese amigo que sabe algo de informática ...

¿Tiene solución el problema? Es complejo. Es una carrera entre los creadores de virus y los de los programas antivirus. ¿Se puede prevenir? Sí, sin duda alguna. Hay que dedicar un poco de tiempo a la seguridad de nuestros datos. Es mejor perder cada día cinco minutos en la Red, que perder la red en cinco minutos. ¿Qué hay que hacer? Ya que no podemos renunciar a Windows (los virus son programas informáticos que se aprovechan de los errores de programación de Microsoft) tengamos al menos sus parches instalados; pinchando en el botón inicio, configuración, windows update se accede a una página de actualización del sistema operativo, que de modo bastante eficiente va a ofrecernos primero, e instalar tras confirmación, las actualizaciones o parches que faltan en nuestra máquina.

¿Basta con eso? No. Hay que recurrir a dos programitas más: antivirus y cortafuegos (firewall) Y además tener cada uno actualizado y activado. Blaster ha sido un gusano que no ha necesitado llegar vía correo electrónico, bastaba estar conectado a Internet sin un cortafuegos activo, para que entrase, nos infectase y se replicase. Un cortafuegos es un programa que restringe las comunicaciones de nuestro equipo con el exterior de acuerdo a unas normas que nosotros impondremos, evitando que se conecten a nuestro ordenador sin nuestro consentimiento. O que se produzcan conexiones a la Red desde nuestro ordenador sin nuestro control.

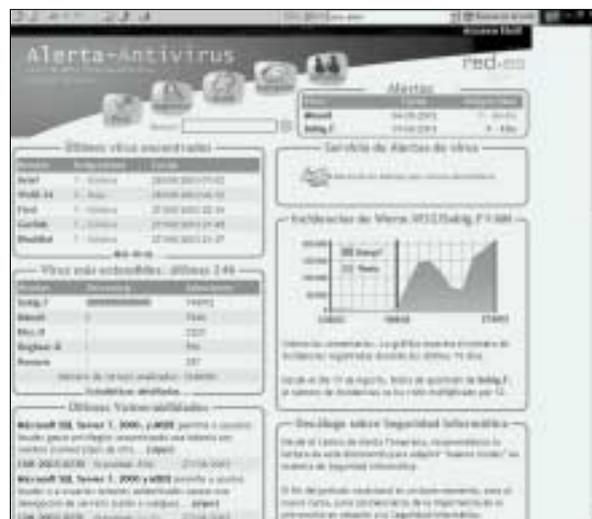
Ya no es suficiente con no abrir correos de autor desconocido, o con no ejecutar archivos adjuntos, hay que tener el

ordenador casi blindado. Un motivo más para extremar las precauciones: además del destrozo que puede causar un virus en nuestro sistema y en los de nuestros conocidos, dejándonos/dejándoles sin herramienta de trabajo, la reparación no está cubierta por ninguna de las casas que nos prestan servicio. La seguridad es cosa nuestra.

Recomendaciones:

1. Tener un antivirus actualizado: Panda, MacAfee, Norton...
2. Realizar la actualización de Windows al menos una vez a la semana: <http://windowsupdate.microsoft.com>
3. Instalar un cortafuegos: Zonealarm (www.zonelabs.com); Outpost Firewall (www.agnitum.com); Windows XP incorpora uno de serie.
4. Suscribirse a algún servicio de noticias de seguridad: CAT (www.alerta-antivirus.es); VS Antivirus (www.vsantivirus.com). No constituyen en sí mismos ninguna protección, pero el recibirlos en el correo con regularidad, además de estar avisados de las nuevas epidemias nos obliga a pensar en la amenaza que representa no actualizar de modo regular nuestras defensas.
5. Tener activos todos los programas anteriores

Por si aún hay alguien que no se convence, se recomienda la lectura del DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD INFORMÁTICA http://www.alerta-antivirus.es/acercade/ver_pag.html?tema=A&articulo=9&pagina=16



Deseo asociarme a la SEFaC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria).

Boletín de inscripción*

Nombre																									
Apellidos																									
Calle																									
Localidad																									
Código postal						Provincia																			
Teléfono						Fax																			
e-mail																									
Banco											Oficina														
CCC																									
Fecha	Firma:																								

La Cuota a abonar es de 50 Euros al año (recibos semestrales), que las destinará a:

- Suscripción de la revista científica *Pharmaceutical Care España*.
- Recepción del Boletín informativo de la SEFaC, cuyo contenido está formado por noticias, revisión de artículos, actualidad legislativa, relaciones con la Administración Sanitaria, etc.
- Acceso a la cartera de servicios de la sociedad, web, etc.
- Precios especiales en cursos, congresos, suscripciones, etc.

REMITIR A: Neus Caelles.
C/ Antiquarios, 2.
43205 REUS (TARRAGONA)
Fax 977 75 73 76
o a la dirección de correo: sefac@sefac.org

*A todos los efectos, los datos contenidos en este boletín sólo serán transferidos a las empresas encargadas de remitir la revista, el boletín y permitir accesos a la web.

Con la colaboración de

